

Al Presidente della Regione Lombardia Attilio Fontana

All'Assessore al welfare della Regione Lombardia Giulio Gallera

Al Presidente Commissione Sanità e Politiche Sociali Regione Lombardia Emanuele Monti

Coronavirus. L'emergenza Bergamo e Lodi e l'inefficienza del sistema socio-sanitario lombardo.

È tutto da leggere l'articolo apparso su "La Repubblica" del 22 marzo dal titolo "Bergamo Il freno delle aziende e gli errori in corsia. Le colpe di un disastro", a firma di Paolo Berizzi.

Sono contenuti spunti su cui riflettere riguardo le ragioni per cui Bergamo, e alcuni dei suoi territori in particolare: Alzano, Nembro e Zogno, sono stati all'epicentro dell'epidemia di COVID-19, come per altro le aree di Codogno e del Lodigiano, per fermarci alla Lombardia.

Tante sottovalutazioni e responsabilità di molti livelli decisionali, non solo nazionali, che qui non trattiamo, ma anche locali, su cui soffermeremo l'attenzione.

Dopo Codogno e i comuni limitrofi l'epidemia virale, come si sa, è esplosa nella bergamasca, in Valle Seriana, con epicentro l'ospedale Pesenti Fenaroli e due Comuni, Alzano Lombardo e Nembro. Giusto qualche giorno dopo la partita di Champions tra Atalanta e Valencia, il 19 febbraio, che ha visto la partecipazione festosa di oltre 45.000 tifosi atalantini, tutti assembrati nello stadio di San Siro.

All'ospedale di Alzano, dove si è registrato il primo caso bergamasco, il problema, in analogia con quanto successo nel Lodigiano, è stato, eufemisticamente parlando, malamente gestito, commettendo errori analoghi a quelli di Codogno, nonostante già si sapesse dell'epidemia. Ma la prima a imparare da Codogno e a dare indicazioni conseguenti doveva essere la Regione, e questa è un'aggravante.

La direzione sanitaria chiude prima il pronto soccorso e l'ospedale. Poi, non si sa su quali valutazioni, in qualche ora tutto riapre, come prima. Da lì in poi il contagio colpisce medici e infermieri ed inizia a diffondersi, grazie ai tanti che da lì sono passati e anche lasciati liberi di andarsene, tra gli abitanti di Alzano, Nembro e paesi vicini, per assumere poi le dimensioni tragiche, sull'intera provincia, che tutti ormai conoscono.

Ma la Valle Seriana non si ferma, sono 376 le imprese e 3.700 i dipendenti, scrive Repubblica. Anche solo il 4 marzo, i primi cittadini di quei paesi, si facevano portatori di tante preoccupazioni degli imprenditori e di imprese della zona, considerata vero motore dell'economia della Regione.

(Il Giorno - Bergamo, 4.3.2020. <https://www.ilgiorno.it/bergamo/cronaca/coronavirus-alzano-lombardo-1.5056219>).

Certo, è poi mancata la determinazione di Regione Lombardia che avrebbe potuto avviare misure di isolamento di quel territorio o, quantomeno, agire nei riguardi del Governo affinché fosse anche lì dichiarata zona rossa, da subito.

L'Agenzia di Tutela della Salute, solo il 22 marzo, dopo che la tragedia si è manifestata, afferma che «Tante aziende della zona hanno contatti continui con la Cina. È probabile che il virus in valle circolasse prima che a Codogno. Già da dicembre, forse. Ma non lo conoscevamo. Una serie di polmoniti è stata addebitata a complicanze influenzali, poi abbiamo scoperto essere Covid-19. Erano segnali di allarme». Segnali d'allarme sottovalutati, ma l'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo non poteva intervenire prima, allora?

(La Repubblica, 22.3.2020. <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2020/03/22/bergamo08.html>)

Del resto è ormai chiaro che il virus circolava da tempo anche nella bassa lodigiana e che il primo caso è stato solo il primo caso riconosciuto.

Inascoltati, colpevolmente, sono invece rimasti gli allarmi lanciati da AREU Bergamo, già dal 22 febbraio, in Regione Lombardia. (<https://www.notizie.it/cronaca/2020/03/26/coronavirus-medico-bergamo-avviso/>)

Alla data del 3 aprile, i dati “grezzi” pongono Bergamo al primo posto in Italia, con 9.315 casi, il maggior numero di positivi tra le provincie, assieme a Lodi, se rapportati alle popolazioni (1-2% della popolazione), rispetto agli oltre 47.520 positivi in Regione. Nella bergamasca i morti oramai superano i 2.600 casi. Ma, secondo l'indagine condotta da *L'Eco di Bergamo* con l'agenzia di analisi *In Twig*, nella Bergamasca, il numero reale dei morti riconducibili all'epidemia di coronavirus sarebbe stato, in un mese, 4.500 su un totale di 5.400 deceduti, ben al di là quindi dei 2600 ufficiali. Nello stesso periodo dello scorso anno i morti erano stati circa 900.

Eroi per una notte I dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità, alla data del 2 aprile, dicono che *il numero di operatori sanitari contagiati* in Italia (non in quarantena, malati) da COVID-19, sono 10.657 su un totale di 106.399 casi. In Lombardia si contano, alla data del 26 marzo, 4.585 operatori sanitari contagiati, più del 11% del totale dei contagi. Oltre 144 sono i Medici di famiglia contagiati a Bergamo, con 7 morti. Complessivamente i medici bergamaschi deceduti a seguito dell'epidemia sono 19, tra questi un igienista del Dipartimento di prevenzione sanitaria dell'ATS di Bergamo un medico del lavoro dell'ASST di Seriate

A Bergamo, il Presidente dell'Ordine dei Medici, Guido Marinoni, medico di medicina generale e componente del Comitato della Federazione nazionale degli ordini dei medici, il 17 marzo 2020, riferendosi alle mancanze di tutele per i medici del territorio, è il primo a denunciare, riferendosi ad ATS, che a Bergamo *“non si è intervenuto subito per limitare i contagi sul territorio”* e che la *“Direzione strategica ha lasciato le strutture territoriali in uno stato di abbandono: RSA, erogatori dell'ADI, medici di famiglia praticamente privi di DPI, oltre che di precisi indirizzi operativi, e indicazioni di sicurezza”*.

Continua Marinoni: *“Abbiamo perso un collega, altri 118 sono infettati o in quarantena. Si ammalano perché vanno a lavorare senza protezioni, perché “non ce le hanno fornite”. E così involontariamente contagiano anche i pazienti stanno mandando avanti la fanteria con il fucile di legno, mentre ci vorrebbero dei commando ben attrezzati, con tutte le protezioni”*.

Ma come ha reagito il “sistema” sanitario bergamasco nel fronteggiare l'emergenza pandemica? Si può rispondere in sintesi: impegno enorme ma non sempre adeguato. Pur sapendo di trovarsi a dover fronteggiare il rischio di una vera e propria pandemia virale, non ha saputo prevedere ed agire proattivamente, in modo strutturato e strategico, lasciando la responsabilità della “risposta” alle singole strutture ospedaliere, ancorché di elevata qualificazione, quando non alle singole professionalità, di riconosciuto valore e dedizione.

Il sistema sanitario bergamasco, nel suo insieme, non ha saputo porre attenzione in modo organico ad una risposta strategica verso uno scenario di “pandemia virale”. In Regione Lombardia, d'altra parte, l'ultimo Piano Pandemico Regionale noto, in relazione al manifestarsi della pandemia influenzale A/H1N1, risale, in termini di aggiornamento, al 2009, documento a cui le ASL del tempo avrebbero dovuto riferirsi per la predisposizione di una strategia di preparazione e risposta attraverso propri “Piano locali”. Certo, dal 31 gennaio, data in cui è stato proclamato lo stato d'emergenza nazionale, al 19 febbraio, data in cui si è riconosciuto il primo caso a Codogno, le Agenzie di Tutela della Salute, nate in Lombardia con la LR 23/2015 da una innaturale separazione dalle precedenti Aziende Sanitarie Locali e individuate quali Enti strumentali di diretta emanazione e derivazione della Regione con compiti di governo del sistema sociosanitario sul territorio, avrebbero potuto e dovuto aggiornare i propri piani che, non a caso, si chiamano di “preparazione e risposta”, attivando rapidamente, ad esempio, un sistema per l'approvvigionamento di DPI. Non si sa in realtà quando e come siano stati aggiornati questi documenti locali per la gestione delle emergenze e, in ogni caso, forse a poco sono serviti.

Molte le carenze a livello territoriale: l'assenza di un piano di comunicazione efficace e di informazione per la popolazione; la inadeguata formazione continua per il personale chiamato a gestire interventi di maxi emergenza (relegata a nicchie di interesse mal sopportate); la mancata individuazione, approvvigionamento e costante aggiornamento dei fabbisogni di DPI indispensabili; l'assenza di pianificazione preliminare delle misure di prevenzione e protezione per la tutela della salute pubblica; la indisponibilità di protocolli operativi revisionati per la gestione delle emergenze da mettere a disposizione delle équipes di personale; il mancato svolgimento periodico di esercitazioni e simulazioni che, quando fatte, si sono svolte sulla carta; l'assenza concreta delle reti di coordinamento e delle catene di comando operative; conseguenze inevitabili di una scelta politica “da sempre ospedale centrica”.

Di fronte a tali inadeguatezze, ed ai danni che ne sono derivati, sono palesi le responsabilità della Regione, innanzitutto nel mancato attento controllo dei contatti e di molti possibili, ma non accertati, casi di contagio, ma a cascata di tutti i vertici della ATS e delle ASST.

La Regione, quindi, che con tanta intensità non perde occasione per reclamare la propria autonomia legislativa e amministrativa dallo Stato nelle politiche per la tutela della salute, al punto di aver legiferato istituendo un sistema sociosanitario lombardo, avulso dal modello previsto dalla legge nazionale di riferimento, è venuta meno nel suo compito di elaborare una strategia di preparazione e risposta alla pandemia virale, rispetto alla quale era pur stato dichiarato lo stato d'emergenza nazionale. Inoltre, nonostante quanto già accaduto a Codogno, non ha saputo, partendo proprio da quella prima emergenza, fornire indirizzi chiari e tempestivi (uso promiscuo delle strutture, inadeguata fornitura di DPI e di istruzioni all'uso, mancata attivazione del territorio per rintracciare i contagi, ecc.).

Le ASST, poi, che in questi anni non hanno voluto o non sono state in grado di investire risorse e programmare servizi sul territorio, che è andato in crisi sotto la notevole pressione dell'emergenza.

Sono venuti a mancare, tra l'altro, l'organizzazione dei Distretti e l'assetto organizzativo del Polo Territoriale, attraverso i presidi sanitari territoriali e gli ospedali di comunità, luoghi in cui la medicina generale e l'assistenza primaria trovano la loro naturale organizzazione. E continua così a mancare quell'anello di congiunzione capace di realizzare l'integrazione indispensabile tra ospedale e territorio, proprio al centro del quale si pone il sistema delle cure primarie. L'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo, infine, che ha mancato nell'esercitare la sua funzione primaria di governo del sistema in una fase così critica, anche per la debolezza, conseguenza di discutibili decisioni regionali, ma anche direzionali, di quei Dipartimenti, un tempo di riconosciuta eccellenza a livello regionale, che per vocazione sono incaricati di promuovere e gestire l'assistenza sanitaria primaria sul territorio, il dipartimento cure primarie, e l'igiene e la sanità pubblica per la tutela collettiva nel Dipartimento di prevenzione sanitaria.

Va anche detto che in questi ultimi mesi ed anni è mancato l'ascolto, da parte dei più, rispetto a quanto da più voci del mondo dell'associazionismo, delle Società scientifiche e dei cultori della sanità pubblica, si è denunciato riguardo le condizioni di sofferenza del sistema della prevenzione lombarda. La Lombardia, è risaputo ed è confermato in tanti documenti pubblici, investe in prevenzione una percentuale del Fondo sanitario ben al di sotto del 5%, valore da tempo stabilito dagli indirizzi nazionali e nonostante tale previsione sia ora esplicitata anche nel testo riformato della LR 33/2009. A malapena arriviamo ad attestarci intorno al 4%. Le risorse di personale dei dipartimenti di prevenzione delle ATS, anche a Bergamo e Lodi, si sono via via assottigliate, in diversi casi dimezzate, per mancato reintegro del turnover per le varie figure professionali e mancati investimenti. Nel solo periodo 2016-2017, secondo i dati forniti dalla Regione in risposta ad una interrogazione consiliare, si sono persi 290 operatori. Ma andando indietro nel tempo si osserva che tra il 2003 e il 2017 si sono persi 1.229 operatori (- 35,3%), e il calo è continuato nel 2018 e nel 2019. Occorre a nostro avviso intervenire al più presto per porre un argine a questa lenta agonia.

In una crisi epidemica di tale dimensione, fortunatamente, abbiamo potuto contare su una rete di eccellenze, a partire da AREU, e da valide strutture ospedaliere di riferimento. Proprio da AREU Bergamo furono inviati, già dal 22 febbraio, in Regione, allarmi riguardo la scoperta di alcuni ceppi isolati in bergamasca, con la richiesta di prevedere la pianificazione di interventi per l'emergenza. Rimasti tuttavia inascoltati.

(<https://www.notizie.it/cronaca/2020/03/26/coronavirus-medico-bergamo-avviso/>)

E va dato rilievo anche al grande lavoro, in sé rappresentativo del mondo ben più vasto dell'associazionismo volontario, fatto dagli Alpini di Bergamo che, attraverso l'ANA, hanno saputo allestire, in 8 giorni, senza annunci trionfalistici, l'ospedale da campo di Bergamo, con 144 posti letto, di cui 72 di terapia intensiva, che contribuirà a dare sollievo agli ospedali della provincia in tempi rapidissimi.

In effetti, la gestione dell'emergenza, che pure ha coinvolto i servizi di prevenzione sanitaria per le inchieste epidemiologiche e la sorveglianza sanitaria - ora con risorse decimate per la mancata applicazione di misure di controllo contro la diffusione del contagio -, sta stressando a livelli critici il sistema delle cure primarie, basato su MMG e PLS abbandonati di fatto a loro stessi, ed il sistema dei presidi ospedalieri pubblici: l'Ospedale Sacco, l'IRCSS San Matteo a Pavia, il San Gerardo, il Policlinico Cà Granda, il Papa Giovanni 23 a Bergamo, gli ospedali di Seriate e Alzano, gli Spedali civili Brescia, gli ospedali di Crema, Cremona, Lodi, il Niguarda, il San Paolo e San Carlo a Milano, il Sant'Anna a Como, l'Ospedale di Lecco, il Carlo Poma a Mantova, per citarne alcuni, ma via via e a seguire tutti gli altri.

Il Sole 24 ore del 23 marzo conferma l'eccessivo carico, o squilibrio, spostato sul sistema ospedaliero lombardo, regione in cui la percentuale di ricoveri è stata pari al 68% dei casi in confronto ad un valore poco oltre il 30% nella Regione Veneto. A dimostrazione, con tutte le cautele del caso, di come il modello sanitario

Lombardo abbia utilizzato l’Ospedale come prima linea di risposta, diversamente da un modello più territoriale, come quello adottato ad esempio in Veneto.

(<https://www.infodata.ilsole24ore.com/2020/03/28/perche-veneto-sta-affrontando-meglio-regioni-lemergenza-del-coronavirus/>)

Una lettura che trova conferma dalle autorevoli parole di Vittorio Carreri, cultore dell’igiene e della medicina preventiva, che ha guidato la prevenzione pubblica della Regione Lombardia dal 1973 al 2003, in un’intervista rilasciata a Luca Carra pubblicata il 26 marzo su Scienza in rete: *“In Lombardia solo il 40% delle persone infette sono isolate in casa, mentre in Veneto sono tra il 65 e il 70%. Basta questo dato per far cogliere la differenza fra sistemi sanitari: uno centrato sugli ospedali, l’altro sulla sanità territoriale. È evidente che se non c’è una rete di medici di famiglia e altri servizi territoriali pronti all’emergenza, i positivi vengano spediti in ospedale, contribuendo a ulteriori infezioni, all’intasamento delle terapie intensive e a una mortalità maggiore”*. E non risparmia critiche, aggiungendo *“La Regione Lombardia ha fatto a pezzi la sanità pubblica con la legge 23 del 2015 la sanità pubblica e la prevenzione sono state fiaccate, l’assistenza sul territorio disarticolata. Credo che questo abbia un peso su quello che sta accadendo oggi.”*

(<https://www.scienzainrete.it/articolo/vittorio-carreri-l%E2%80%99epidemia-si-combatte-anche-sul-territorio/luca-carra/2020-03-26>)

Nella nostra Regione, da oltre 20 anni il principio della parità pubblico–privato rappresenta il paradigma dell’eccellenza del sistema sanitario. Eppure, quello che emerge nell’attuale gestione dell’emergenza epidemica, è che la pratica del principio di parità non trova così facilmente corrispondenza concreta. È il “pilastro pubblico” del Sistema sanitario lombardo a farsi carico, in modo preponderante, dell’emergenza, quasi in solitaria. Gli erogatori della sanità privata, che a contratto erogano quantità significative di prestazioni sanitarie per conto del SSR, remunerati con fondi del sistema pubblico, sono stati probabilmente coinvolti in ritardo rispetto alla dimensione e gravità dell’emergenza. Sicuramente, non contribuiscono in modo paritario al sistema pubblico, comunque certamente in modo decisamente inferiore rispetto al valore degli introiti finanziari ed economici che ricevono dalle casse pubbliche a fronte delle prestazioni che ordinariamente erogano.

Anche se, secondo l’Associazione italiana ospedalità privata (AIOP), su 859 posti letto di terapia intensiva in Lombardia 270 sono offerti dalle strutture private, l’emergenza è nei fatti affrontata primariamente dal sistema pubblico. E con l’incremento dei posti di terapia intensiva di questi ultimi giorni, arrivati secondo la Regione a 1.200, di cui “924 dedicati a pazienti Covid-19”, si è ulteriormente abbassato il contributo del settore privato alla gestione dell’emergenza. (Ruggiero C., *Inchiesta: Sanità privata? Non per le emergenze*, *Rassegna sindacale*, 17 marzo 2020).

Il privato concorrerebbe quindi, in questa fase, soprattutto a prendersi in carico pazienti di altre patologie, lasciando la complessità della gestione dell’emergenza nelle mani del pilastro pubblico del sistema.

A proposito della realtà lombarda, Maria Elisa Sartor, professore a contratto del Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità dell’Università degli Studi di Milano, nel suo intervento del 6 marzo 2020 sulla rivista on line del “Centro Studi Sereno Regis”, si chiede: *“Ma, dove stanno i soggetti erogatori privati? Gli innumerevoli IRCCS privati e le strutture di ricovero di eccellenza private? In quale modo gli erogatori privati stanno contribuendo alla soluzione dell’emergenza coronavirus? Uno dei due soggetti (quello privato) non risponde subito. Il che corrisponde a dire che la sua disponibilità è incerta ed è quindi da richiedere. La sanità privata è un interlocutore che non si mette al servizio spontaneamente, ma contratta sempre le condizioni del suo servizio, naturalmente quanto più possibile a suo favore. La disponibilità poi ad offrire servizi extra-contratto, costa ancora di più al SSR”*

(Sartor, M. E., *Niente è in grado di sostituire la sanità pubblica, nemmeno in Lombardia*, 6.3.2020.

<http://serenoregis.org/2020/03/06/niente-e-in-grado-di-sostituire-la-sanita-pubblica-nemmeno-in-lombardia-maria-elisa-sartor/>)

Ovviamente, il cosiddetto secondo pilastro del sistema sanitario lombardo, quello privato, che pur non manca di eccellenze, orienta le proprie risorse e attenzioni sulle prestazioni meno urgenti, maggiormente differibili e particolarmente remunerate, lasciando al “pubblico” quelle maggiormente impegnative e gravi e meno “redditizie”.

Gli ospedali pubblici, e i loro professionisti, in Lombardia, sono stati lasciati soli.

Tra tanta solitudine, anche il territorio è stato dimenticato e lasciato solo.

Sempre secondo Guido Marinoni: *“Si è pensato molto poco alla prevenzione del contagio sul territorio, si sono mandati medici di famiglia nelle case e negli ambulatori privi di mezzi di protezione”*. In una lettera aperta del 16 marzo, l'Ordine dei Medici e l'Ordine degli infermieri di Bergamo, criticano la Direzione strategica dell'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo per aver lasciato *“le strutture territoriali in uno stato di abbandono: RSA, erogatori dell'ADI, medici di famiglia, con gravi carenze di DPI oltre che di precisi indirizzi operativi e indicazioni di sicurezza, con il rischio di essere essi stessi soggetti infettanti”*.

E proprio l'ATS, che avrebbe dovuto svolgere una funzione di regia sul territorio e governare il sistema delle cure primarie ed il sistema della prevenzione e della sanità pubblica, è venuta a mancare. **I due sistemi di sanità territoriale, quello delle cure primarie e quello della prevenzione**, direttamente governati dall'Agenzia di tutela della salute di Bergamo, pur nella ricchezza riconosciuta del loro patrimonio professionale di risorse che sempre ha permesso a queste strutture di collocarsi ai vertici delle performance regionali, in questo ultimo anno, hanno subito pesanti ridimensionamenti nelle dotazioni di risorse (considerati serbatoi entro cui andare a pescare risorse da dedicare ad altri settori) e profondi sconvolgimenti negli assetti organizzativi.

Sul territorio, anche la situazione nelle RSA si presenta drammatica. Paola Pedrini, segretario generale della Federazione italiana medici di medicina generale della Lombardia, il 25 marzo ha dichiarato: *“La situazione nelle RSA è veramente tragica. Solo nella provincia di Bergamo si sono verificati cinquecento decessi nelle ultime settimane, tutti correlabili alla Covid-19. Ci sono stati contagi perché non è stata fatta una chiusura precoce dei servizi e il virus si è diffuso, arrivando gente dall'esterno in visita agli anziani. Gli ospiti delle RSA sono pazienti più fragili e quindi a rischio”*.

(<https://primabergamo.it/cronaca/gli-anziani-morti-nelle-rsa-bergamasche-con-sintomi-da-covid-sono-almeno-500/>)

Poco tempo dopo, i rappresentanti delle associazioni delle case di riposo bergamasche denunciano, in una lettera a Regione e ATS Bergamo, che nelle case di riposo della bergamasca in soli venti giorni ci sono stati oltre 600 decessi su 6.400 posti letto e che le strutture sono «messe in ginocchio anche sul versante operativo perché quasi 2 mila dei 5 mila operatori risultano assenti per malattia, quarantena o isolamento», come conseguenza anche della carenza di dispositivi di protezione.

(https://www.ecodibergamo.it/stories/premium/Cronaca/morti-600-anziani-in-venti-giornile-rsa-siamo-al-collasso-aiutateci_1346914_11/).

Tuttavia, il direttore generale di ATS Bergamo, in uno dei suoi interventi sui media, dichiara, al TG de La/7, il 29 marzo, che il tasso di mortalità nelle RSA ha registrato un incremento del 25%, dato che, a detta dello stesso direttore generale, *“sembra assolutamente ragionevole”*, quindi, normale.

(<https://tg.la7.it/cronaca/il-dramma-delle-rsa-residenze-per-anziani-lasciate-sole-nellemergenza-29-03-2020-148578>)

Decisamente la ragionevolezza non trova più ospitalità in quei luoghi.

Analogha situazione è denunciata dalla casa di riposo S. Chiara di Lodi che versa in situazione drammatica con 50 morti in un mese su 260 ospiti al 1° Aprile, come altre nel milanese e non solo e che ha chiesto, finora invano, che venissero effettuati tamponi a operatori e degenti per cercare di limitare il contagio.

Il sistema della sanità pubblica di Bergamo è in ginocchio. Già nei primi giorni di emergenza nel Dipartimento di igiene e Prevenzione di ATS e tra gli operatori sanitari incaricati della sorveglianza sanitaria rivolta alla identificazione dei contatti, il contagio si è diffuso. Proprio nella struttura dedicata per eccellenza alla prevenzione sanitaria, che dovrebbe essere modello di riferimento per tutti, i sindacati denunciano gravi responsabilità della direzione per la mancanza delle misure ordinarie necessarie a contenere i contagi: mancanza di dispositivi di protezione individuali efficienti (mascherine, guanti, tute monouso), ritardi nella applicazione diffusa del lavoro “agile”, indisponibilità di gel disinfettante per le mani, assenza di protocolli operativi, violazione del principio del distanziamento sociale. La struttura incaricata della gestione dell'emergenza è stata poi affidata, incomprensibilmente, alla responsabilità di un veterinario, pur essendo presenti igienisti di riconosciuta professionalità. Ancor più grave, infine, il fatto che riunioni e incontri di e tra operatori sanitari siano proseguite senza sosta, in sovraffollati locali, convocate dalla direzione fino a tutta la prima settimana di marzo, come non si sapesse di essere in presenza di un'epidemia virale. Da lì si è diffuso il contagio, con tante positività, operatori in quarantena, altri in malattia, alcuni in ricovero ospedaliero, un medico del dipartimento deceduto. Una tragedia in ATS Bergamo, con assenze per oltre il 60% del personale. Ma non soddisfatti degli errori fin qui compiuti, con perseveranza diabolica, la Direzione dell'ATS ha esautorato, per motivi incomprensibili, dalla gestione del COVID 19 il Direttore del DIPS: la sanità pubblica

bergamasca è stata così sottratta agli specialisti in igiene e medicina preventiva, sicuramente i più competenti nella prevenzione delle malattie infettive

Ci torna in mente allora l'osservazione di Guido Marinoni *“stanno mandando avanti la fanteria con il fucile di legno, mentre ci vorrebbero dei commando ben attrezzati, con tutte le protezioni”!*

Non possiamo che concludere, alla fine di questa lunga riflessione, pubblicando la lettera aperta dei Sindaci di Bergamo, Brescia, Cremona, Lecco, Mantova, Milano e Varese con cui, il 1° aprile, i primi cittadini rivolgono le seguenti domande al Presidente della Regione Lombardia, Attilio Fontana:

1. *Quando saranno **disponibili i dispositivi di protezione** – a partire dalle mascherine – il cui arrivo è stato promesso da tempo?*
2. *Che cosa sta facendo la Regione per **proteggere il personale sanitario e gli ospiti delle RSA**, in molte delle quali sappiamo purtroppo di numerosi decessi? In una recente conferenza stampa il Presidente Fontana ha detto che la situazione “è sicuramente sotto controllo” e che “tanto i plurisintomatici che i monosintomatici verranno sottoposti a tamponamento”. È ciò che si sta realmente facendo?*
3. *Perché la Regione Lombardia non segue le direttive del Ministero e dell'Istituto Superiore di Sanità che prescrivono di **sottoporre a tampone i sintomatici e, qualora questi siano positivi, i loro familiari e i contatti recenti**?*
4. *Perché la Regione Lombardia non ha ancora autorizzato l'avvio della sperimentazione **dei test sierologici** che altre regioni, come il Veneto e l'Emilia-Romagna, hanno invece attivato? L'esito di tali test - in abbinamento a un'indagine continua attraverso tamponi su un campione statisticamente rappresentativo per età, sesso, luogo di residenza... - è ritenuto decisivo per certificare l'evoluzione dell'epidemia e l'immunità di chi abbia contratto il virus anche in forma asintomatica.*

Conclusioni

I fatti si commentano da soli.

Meglio non trarre conclusioni finché non sarà conclusa questa emergenza sanitaria drammatica.

Questo è un diario, che sarà aggiornato nel tempo, e magari allargato ad altre realtà, per non dimenticare, quando tutto sarà finito, le ragioni e le responsabilità di un intervento inadeguato da parte del SSN.

Per la Segreteria del MOVIMENTO PER LA DIFESA E IL MIGLIORAMENTO DEL SSN: Bruno Pesenti

Hanno collaborato alla stesura del documento:

Eugenio Ariano

Lalla Bodini

Susanna Cantoni

Vittorio Carreri

Milano, 09 Aprile 2020